

脱细胞异体真皮阴道成形术的围手术期护理

刘冰 段爱红* 郑萍 张亚兰 吴霞 张金燕 吕娜

(首都医科大学附属北京妇产医院妇科, 北京 100026)

中图分类号: R473.71

文献标识: B

文章编号: 1009-6604(2014)10-0962-03

doi: 10.3969/j.issn.1009-6604.2014.10.030

阴道成形(vaginal reconstruction)常被用于治疗先天性无阴道或阴道发育不全、盆腔廓清术后阴道缺如或狭窄,以及要求行变性手术的男性,其中最常见阴道缺如的原因是先天性无阴道,即 MRKH 综合征(Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome),其发生率约 1/(4000~5000)^[1]。先天性无阴道的治疗以手术为主。到目前为止,阴道成形有 20 多种术式,其区别主要是成形阴道的内衬物的选择。常用的再造阴道内衬物有皮片、皮瓣、肠襻、腹膜等自体组织以及羊膜、胎儿皮肤等异体组织。随着组织工程学的兴起及其在临床的成功应用,脱细胞异体真皮作为一种新兴的创伤修复材料为阴道再造提供了一种全新的技术手段。此方法手术简单,较其他术式省去制造阴道内衬物的时间,缩短手术时间及减少术中出血,手术风险降低^[2]。作为护理人员应该掌握此类手术的特点,做好围术期的护理配合,根据患者的情况制定个性化的护理措施,保证手术的成功。现将我院 2009 年 6 月~2013 年 10 月 34 例先天性无阴道患者使用异体真皮行阴道成形术的护理体会报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 34 例,均为先天性无阴道患者。年龄 20~28 岁,平均 22.2 岁。均无月经来潮。发现无阴道 3 个月~14 年。5 例已婚,性生活不满意;1 例因性生活不满意离异,28 例未婚,均计划在半年内结婚。妇科检查均为女性表征,外阴及第二性征发育正常,阴道前庭可见处女膜缘,6 例前庭陷窝深 0.2~3 cm,无阴道,肛查及超声提示始基及幼稚子宫 11 例,无子宫 23 例,双附件均大致正常。染色体均为 46,XX。1 例超声提示右肾缺如,2 例胸椎侧弯。阴道前庭浅凹长 3 cm 的患者,2 个月前于外院曾行单

纯模具治疗。

1.2 手术方法

1.2.1 材料 RENOV(瑞诺)组织补片[北京桀亚莱福生物技术有限责任公司产品,国食药监械(准)字 2010 第 3461247 号],为一种异体真皮,是应用组织工程技术,将异体组织通过脱细胞处理后,得到的一种天然的细胞外基质,保留了细胞外基质成分及三维空间框架结构,是一种真皮替代品。

1.2.2 手术过程 ①硬膜外麻醉,膀胱截石位,常规消毒铺无菌巾。金属导尿管导尿,向膀胱直肠间隙注入 1:1000 肾上腺素生理盐水 100 ml,横向切开阴道前庭处女膜水平凹陷处 2 cm,弯钳钝性扩大切口,手指钝性向深处分离膀胱直肠间隙,延深至 10 cm 深 2 指宽,形成人工阴道,碘伏纱布填塞压迫止血。②制作阴道模型:一般需要组织补片 8 cm×10 cm 大小,以 4-0 聚酯线将异体真皮缝合成套状,一侧为盲端,另一端开放,将 6~7 根长约 10 cm,直径约 1 cm 的香烟式引流条放入双层避孕套后再置于异体真皮套内,制作成一长约 10 cm,直径约 3.5~4 cm 的阴道模型。取出阴道内纱布,甲硝唑冲洗后将阴道模型置入人工阴道,留置导尿管,3-0 聚酯线间断缝合阴道口黏膜与异体真皮边缘共 12 针,保留缝线,碘仿纱布 2 块填塞于阴道外口与阴道模型之间,将 12 针缝线每 3 针合并,对扎固定模型,外敷清洁敷料并固定。

1.3 护理方法

1.3.1 术前护理

1.3.1.1 心理护理 由于先天性无阴道患者生理上的缺陷,没有正常的性生活和生育能力,害怕自己生殖道畸形会被别人知道而被歧视或取笑,担心不能结婚,已婚女性担心被丈夫抛弃等,常有自卑、愤怒、抗拒甚至悲观厌世等不良情绪,同时患者常担心手术疼痛或风险,对此护士应在语言、行为方面尊重

* 通讯作者, E-mail: duanaihong2208@126.com

患者,同情她们的不幸,采用保护性治疗和护理,不泄露患者的隐私,与患者建立良好的护患关系,运用沟通技巧,对患者进行心理疏导,并给予精神上的支持,帮助患者消除自卑感,正视生理上的缺陷,建立积极乐观的生活态度,让她们知道,虽然先天发育异常,但通过手术及心理调适,能过上正常人的生活,能享受到常人能享受到的快乐。同时要充分发挥家庭支持系统的作用,社会支持一方面对应激状态下的个体提供保护,即对应激起缓冲作用,另一方面对维持一般的良好情绪体验具有重要意义^[3]。因此护士要向患者家属包括患者父母、兄弟姐妹或配偶讲明对患者进行人文关怀的重要性,告知家属通过实施人文关怀,可以缓解患者焦虑和抑郁的情绪,提高临床疗效,改善生活质量,提高性生活满意度,使其在精神上协助患者安全渡过围手术期^[4]。通过家属与患者进行有效的沟通交流,提高患者的心理、生理健康水平和生活质量。

1.3.1.2 健康教育提高患者对治疗的依从性 由于患者缺乏本病的相关知识,护士要针对患者知识层次的不同,深入浅出地适时开展健康教育,从疾病的发生发展到围术期的注意事项,一一讲解。重点强调术前的饮食、肠道准备,术后坚持佩戴模具的重要性,让患者正确复述相关知识,使患者能客观地面对现实,保持健康的心理状态,从而积极配合治疗及护理。

1.3.1.3 术前常规准备 手术前指导患者完成入院常规检查,向患者讲解术前准备的目的及意义。①皮肤准备:术前1天进行皮肤准备,范围上至耻骨联合上10 cm处,下至会阴肛门周围,两侧达大腿内侧1/2处。备皮时动作要轻柔,防止刮破皮肤,确保手术区域无毛发,无破损,术前晚沐浴,更衣。②肠道准备:术前禁食1天,术前1日口服聚乙二醇电解质散剂2盒,进行全消化道洗肠,术日晚20:00清洁灌肠。

1.3.1.4 特殊材料准备 脱细胞异体真皮存放于4~8℃冰箱内保存。避孕套2个,6~7根长约10 cm,直径约1 cm的香烟式引流条及碘仿纱布,用于术中制作模具。2个自制有机玻璃模具(长约10 cm,直径3 cm),消毒备用,术后放置于人工阴道内,防止成形的阴道挛缩。丁字带2个,小方毛巾(约26 cm×26 cm)10块,高压灭菌后更换模具使用。

1.3.2 术中护理 麻醉后取膀胱截石位,注意保暖,安慰患者,实施人性化护理。使用前从冰箱中取出组织补片,检查有效期,放于不锈钢容器内,用生理盐水反复浸泡冲洗3次。

1.3.3 术后护理

1.3.3.1 病情观察 回室后,密切观察患者生命体征,外阴、阴道敷料有无渗血、渗液。遵医嘱在术后第1天起口服阿片酊1 ml,每日3次持续5日,抑制

肠蠕动,推迟排便时间,预防伤口感染。保持尿管通畅,防止扭曲、打折,每日用碘伏会阴擦洗2次,便后及时擦洗。术后5~7天拔除尿管,教会患者大小便的方法,防止在排泄的过程中造成模具脱落。如果排泄物不慎将阴道口敷料污染,要及时更换。

1.3.3.2 卧位护理 术后卧床1~3天,平卧位,降低外阴阴道张力,促进伤口愈合。在此期间观察下肢活动情况、皮肤温度和自觉症状,遵医嘱给予气压式血液循环驱动,每次20~30分钟,每日2次,指导和协助患者床上翻身活动,防止下肢静脉血栓形成。预防肺部感染,指导患者在床上有效咳嗽、咳痰,排出气管分泌物,改善循环和呼吸功能。

1.3.3.3 饮食护理 手术当日及术后第1天禁食,术后第2天开始进高热量流食,术后第5天进无渣半流食,术后1周进普食。

1.3.3.4 疼痛护理 由于手术部位会阴神经分布丰富,痛觉十分敏感,并紧邻尿道口、肛门,患者排尿、排便、更换模具时均可造成疼痛。首先告知患者疼痛的原因及减轻疼痛的方法,如深呼吸、听音乐及转移注意力等,同时,在治疗和护理过程中注意分散患者的注意力,减轻疼痛,必要时可给予止痛药治疗。术后更换模型的过程中使用利多卡因凝胶。

1.3.3.5 人工阴道护理 术后第5~6天配合医生拆封(剪除固定香烟引流模型的缝线,缓慢取出碘仿纱布及模型,将异体真皮套保留于阴道内),观察人工阴道内有无异常渗出、破溃、异味等。如无异常,用0.5%甲硝唑注射液冲洗阴道,将碘伏浸泡过的玻璃模具缓慢置入人工阴道内,用无菌纱布、小毛巾、丁字带固定模具。之后每日更换模具,在操作过程中要严格遵守无菌操作原则。

1.3.4 出院指导 ①教会患者模具的消毒和使用方法,阴道模具的制作原料为有机玻璃,可以使用碘伏浸泡消毒,不能使用酒精、碘酊,以免损坏模具而影响使用。更换模具时动作要轻柔,每日更换阴道口敷料及丁字带3个月。②向患者讲解坚持佩戴模具的重要性,更换模具后使用丁字带固定,指导患者坚持佩戴模具,按时复查,坚持随访^[5]。告知患者每日更换阴道模具1次至3个月后复查证实创面愈合良好,才可进行正常性生活。便后要及时清洗外阴及肛门周围,保持外阴清洁。阴道模具放置期间尽量避免长时间下蹲、站立、行走。保持大便通畅,以免腹压增加使模具脱出。

2 结果

34例手术过程顺利,术中均无并发症发生,手术时间(62.7±17.1)min,出血(43.7±29.6)ml。

(下转第966页)

扫术 5 例,其中 2 例 II 期腹股沟淋巴结阳性者联合行同侧腹腔镜盆腔淋巴结清扫术。手术时间 150 ~ 210 min,平均 186 min;术中出血量 70 ~ 120ml,平均 92 ml。术后 FIGO 手术 - 病理分期: I b 期 2 例,II 期 3 例。1 例术后出现下肢淋巴水肿,术后抬高患肢 15° ~ 30°,通过肢体按摩、理疗改善微循环,指导早期床上翻身、下肢屈伸活动及下床活动等处理 1 周后症状消失。术后外阴切口愈合良好,均未发生腹股沟皮瓣坏死、切口裂开等并发症。

3 讨论

随着腹腔镜器械的进一步完善及技术发展,腹腔镜已广泛应用于妇科恶性肿瘤治疗。外阴癌手术的护理也是手术成功的重要一环,术前加强病人心理护理,充分完善术前检查与评估准备,术后密切观察病情,做好术后并发症的观察及预防护理。由于开放性切除腹股沟淋巴结时皮下组织切除多,术后易发生腹股沟切口长期愈合不良,文献报道发生率高达 50% 以上^[3]。腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫,因手术在皮下空间进行,腹股沟区皮肤无切口,创伤小,

(上接第 963 页)

术后均拆封顺利,阴道内无出血,1 例拆封当日阴道有少许脓性分泌物,甲硝唑冲洗 2 天后无异常分泌物,1 例阴道口缝线处模具牵拉导致阴道口挫伤,有少许出血。其余均无异常。18 例口服双氯芬酸钾及双氯芬酸钠,止痛效果较好。34 例术后住院 13 ~ 25 d, (19.4 ± 5.2) d。全组术后随访 2 ~ 19 个月, (9.9 ± 8.2) 月(来院及电话随访),人工阴道全长均已黏膜化,无异味及异常分泌物,弹性良好,阴道长度(8.39 ± 0.60) cm,宽度均 > 3 cm。其中 25 例有性生活,20 例(80%)感到满意,性兴奋可达到高潮,无性交痛和其他不适感。

3 讨论

随着人们观念的转变、医学的发展,阴道成形术的术式发生变化,主要演变趋势为腹腔镜代替开腹手术,以自体移植物代替异体移植物(羊膜、胎儿皮),以简单术式代替复杂术式^[6]。理想的阴道再造术是再创造一个解剖和功能均接近正常的阴道,有足够的深度和宽度,不发生挛缩,不破坏外阴形态,对机体不造成大的损伤,不遗留显著瘢痕^[7]。应用脱细胞异体真皮行阴道成形术避免自身移植的损伤,手术方法更加简单、微创,手术风险低,在阴道成形术的应用中具有较好的前景^[8],同时对临床护理工作提出了新的挑战。先天性无阴道患者是一个特殊的群体,常表现为自卑、愤怒、抗拒甚至悲观厌

能有效避免开放手术后常见的腹股沟区皮肤坏死,切口长期愈合不良的问题^[4],术后恢复快,住院时间缩短。本组腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫,髂前上棘内上穿刺口置负压引流管,局部无切口,术后早期加压包扎、皮下充分引流,均未发生腹股沟皮瓣坏死、裂开等并发症,外阴切口愈合良好,提高了患者的康复、生存质量。本组 1 例术后发生下肢淋巴水肿,应注意术后下肢抬高,早期下肢活动功能锻炼、按摩可预防此并发症的发生。

参考文献

- 1 王菊. 外阴癌病人围术期护理. 中国初级卫生保健, 2007, 21(4): 73.
- 2 应华. 老年病人 30 例外阴癌的护理. 河北医学, 2002, 8(3): 274 - 275.
- 3 卢艳, 姚德生, 莫凌昭, 等. 腹腔镜下腹股沟淋巴结切除术治疗外阴癌的临床研究. 临床肿瘤学杂志, 2012, 17(3): 251 - 254.
- 4 徐惠成, 王延洲, 李宇迪, 等. 腹腔镜下腹股沟淋巴结清扫术在外阴癌中的应用技巧及可行性. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27(4): 283 - 285. (收稿日期: 2014 - 03 - 31) (修回日期: 2014 - 08 - 06) (责任编辑: 李贺琼)

世,对此护士应在语言、行为方面尊重患者,同情她们的不幸,采用保护性治疗和护理,及时给予有效的心理疏导,从而提高患者对生活的信心。此外,人工阴道成形术后的护理非常重要,关系到手术并发症和成功率。首先,术后注意病情观察,采取各种护理措施预防感染,促进伤口愈合。其次,模具的正确放置、更换、消毒是非常重要的,出院时恰当的健康教育,使患者对于日后的家庭生活充满信心,提高患者的依从性,最终获得满意的性生活,保证生活质量。

参考文献

- 1 Pittock ST, Babovic-Vuksanovic D, Lteif A. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser anomaly and its associated malformations. Am J Med Genet A, 2005, 135(3): 314 - 316.
- 2 郝焰, 卢丹, 郑萍, 等. 16 年 95 例阴道成形术临床分析. 中国微创外科杂志, 2011, 11(7): 604 - 608.
- 3 李亚杰, 刘学琴, 袁芳, 等. 肝癌患者的社会支持状况及其护理对策. 实用护理杂志, 2000, 16(5): 3 - 4.
- 4 程安源. 人文关怀在乙状结肠代阴道成形术患者围术期中的应用. 护理实践与研究, 2012, 9(20): 7 - 9.
- 5 黄向华, 高志敏, 王丽丽, 等. 阴道成形术后狭窄、粘连 21 例分析. 现代妇产科进展, 2007, 16(1): 70 - 71.
- 6 焦亚楼, 黄向华. 阴道重建方法的演变及进展. 中华妇产科杂志, 2009, 44(12): 947 - 949.
- 7 Thomas JC, Brock JW 3rd. Vaginal substitution: attempts to create the ideal replacement. J Urol, 2007, 178(5): 1855 - 1859.
- 8 郝焰, 吴霞. 阴道成形术的研究进展及展望. 中国微创外科杂志, 2012, 12(9): 855 - 857. (收稿日期: 2014 - 07 - 17) (修回日期: 2014 - 08 - 04) (责任编辑: 王惠群)